

Aus der Kinderklinik II der Universität Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. E. Schmidt

**Statistische Erhebungen über Art und Umfang der
Schwangerenvorsorge in Düsseldorf 1975 und deren
Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
CHRISTIANE SCHARF

1979

**Statistische Erhebungen über Art und Umfang der
Schwangerenvorsorge in Düsseldorf 1975 und deren
Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533910_0009

Aus der Kinderklinik II der Universität Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. E. Schmidt

**Statistische Erhebungen über Art und Umfang der
Schwangerenvorsorge in Düsseldorf 1975 und deren
Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
CHRISTIANE SCHARF

1979



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof.Dr. Krüskemper

Referent

gez.: Prof.Dr.E. Schmidt

Korreferent

gez.: Prof.Dr.L. Beck

Meinen Eltern und meiner Patentante

in Dankbarkeit gewidmet

Für die Überlassung des Themas und die
freundliche Unterstützung bei der Durch-
führung der Arbeit möchte ich Herrn
Prof.Dr.E. Schmidt meinen herzlichen
Dank aussprechen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
2. METHODIK	2
2.1. Wie bereiten sich werdende Mütter auf Geburt und Pflege des Kindes vor?	5
2.2. Wodurch erfahren werdende Mütter etwas über die Vorsorge?	8
2.3. In welchem Umfang nehmen werdende Mütter die Vorsorge, einschließlich der Vorbereitungskurse in Anspruch?	10
2.4. Die Erfahrungen der werdenden Mütter mit den Vorsorgeuntersuchungen	33
3. BESTEHT EINE BEZIEHUNG ZWISCHEN VORSORGENUTZUNG UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT	41
4. ZUSAMMENFASSUNG	51

Literaturverzeichnis

1. EINLEITUNG

Die Notwendigkeit umfassender Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft ist heute unumstritten. Steht doch die Säuglingssterblichkeit mit Umfang, Qualität und Nutzung der Vorsorge in unmittelbarem Zusammenhang. Diese Erkenntnis fand Ausdruck in den Mutterschaftsrichtlinien der Ärzte und Krankenkassen vom 8. 12. 1965, zuletzt neugefaßt am 16. 12. 1974. Dadurch wird jeder werdenden Mutter, unabhängig von ihrer finanziellen Lage, eine ausreichende Betreuung während der Schwangerschaft ermöglicht. Umso auffälliger ist es, daß die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren nicht nennenswert gesenkt werden konnte.

Diese Diskrepanz war Anlaß zu einer Umfrage über die Nutzung der Vorsorge, die 1974 in Düsseldorf durchgeführt wurde. Da bei dieser Erhebung aber ausschließlich die Inanspruchnahme der Vorsorge, nicht jedoch die Auswirkung auf das Schicksal des Kindes geprüft wurde, ist es notwendig geworden, eine vergleichende Studie darüber anzufertigen, welche Einflüsse der Vorsorge auf das Schicksal des Kindes sich tatsächlich erkennen lassen.

Die folgende Arbeit soll Auskunft geben auf die Fragen:

1. Wie bereiten sich werdende Mütter auf Geburt und Pflege ihres Kindes vor?
2. Wodurch erfahren sie etwas über die Vorsorge?
3. In welchem Umfang nehmen sie die Vorsorge, einschließlich der Vorbereitungskurse in Anspruch und spielen Sozialfaktoren dabei eine Rolle?
4. Welche Erfahrungen haben sie mit der Vorsorge gemacht?
5. Besteht eine Beziehung zwischen Vorsorge Nutzung und Ausgang der Schwangerschaft?

2. METHODIK

In der Zeit vom 1. 7. 1975 bis zum 31. 10. 1975 wurden an fünf Krankenhäusern¹ der Stadt Düsseldorf, einschließlich der Universitätsfrauenklinik, 500 Frauen an Hand eines Fragebogens befragt. Diese Erhebung wurde von der Verfasserin selbst unternommen. Es wurden in der oben genannten Zeit alle Frauen befragt, die kurz zuvor entbunden hatten oder kurz danach entbunden. Allerdings ergab sich eine gewisse Schwundrate dadurch, daß einige Frauen das Interview ablehnten, bei einigen wegen des schlechten Gesundheitszustandes von einem Interview abgesehen wurde und daß bei einigen Ausländern die Sprachschwierigkeiten eine Befragung unmöglich machten.

Der Fragebogen bestand aus zwei Teilen:

1. Teil: Angaben über die Mutter

- a) Quellen ihrer Information über Geburt und Pflege des Kindes,
- b) Quellen ihrer Information über die Vorsorge,
- c) Daten über ihren Sozialstatus,
- d) Daten über ihre Nutzung der angebotenen Leistungen (Vorsorge, Read- und Säuglingspflegekursus),
- e) Angaben über ihre Einschätzung der Qualität der Untersuchungen und
- f) ihre Kritik.

2. Teil: Angaben über das Kind

- a) Schwangerschaftsdauer,

1 An dieser Stelle sei den Chefärzten des Evangelischen Krankenhauses, Prof. Dr. Lohmeyer, der Frauenklinik Flurstr., Dr. Meger, des Städt. Krankenhauses Gerresheim, Prof. Dr. Gerteis, der Universitätsfrauenklinik, Prof. Dr. Beck, und des St. Vinzenzkrankenhauses, Prof. Dr. Haering, für ihr freundliches Entgegenkommen recht herzlich gedankt.

- b) Apgar,
- c) Geburtsart,
- d) Verbleib des Kindes,
- e) Gewicht,
- f) Befunde der Neugeborenenenerst- und Basisuntersuchung.

Die Aussagen, die das Kind betreffen, wurden aus den Krankengeschichten ermittelt. Ebenso wurden die Ergebnisse über die Frequenz der Vorsorgebesuche durch Einblick in den Mütterpaß gewonnen. Alle übrigen Daten beruhen auf den Angaben der Mütter.

Der Fragebogen lag in verschlüsselter Form vor, so daß die Ergebnisse durch Computer ausgewertet werden konnten, der auch die jeweiligen Signifikanzprüfungen vornahm¹. Die entsprechenden Werte (p) befinden sich unter den in Frage kommenden Abbildungen.

Zusammensetzung des Kollektivs: Abb. 1

	absolute Zahlen	%
Gesamtzahl	500	100
Deutsche	402	80,4
Gastarbeiterfrauen	82	16,4
Ausländer (ausschl. Gastarbeiterfrauen)	16	3,2
verheiratete Frauen	454	90,8
unverheiratete Frauen	46	9,2

1 An dieser Stelle sei Herrn Dr. Morgenstern, Dr. Schmidt und Herrn Schuhmacher sowie Herrn Prof. Dr. Beck, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf, herzlich für ihre freundliche Unterstützung bei der Auswertung gedankt.

Die Zusammensetzung der Gesamtbevölkerung der Stadt Düsseldorf am 1. 1. 1975 sah folgendermaßen aus (Statistisches Jahrbuch der Stadt Düsseldorf): Abb. 2

	absolute Zahlen	%
Gesamteinwohnerzahl	675 437	100
Deutsche	601 572	89,1
Ausländer	73 865	10,9

Während die Ausländerfrauen 10,9 % der Gesamtbevölkerung der Stadt Düsseldorf ausmachen, beträgt ihr Anteil in dem hier untersuchten Kollektiv 19,6 %. Diese Überrepräsentation läßt sich wohl dadurch erklären, daß eine Auslese dergestalt stattgefunden hat, daß nur Wöchnerinnen befragt wurden. Es muß also noch die unterschiedliche Geburtenrate der Deutschen und Ausländer berücksichtigt werden.

2.1. WIE BEREITEN SICH WERDENDE MÜTTER AUF GEBURT UND PFLEGE DES KINDES VOR?

Bevor diese Frage untersucht wird, interessiert zunächst, ob die Frauen selbst glaubten, ausreichend auf Geburt und Pflege vorbereitet zu sein.

91,6 % gaben an, genügend zu wissen, 7,2 % fühlten sich noch unsicher und nur eine Frau gestand, gar nicht vorbereitet zu sein. Letsch (23) fand 1974 Ergebnisse mit nur geringen Abweichungen von den oben genannten.

Da sich die meisten Mütter ausreichend vorbereitet fühlten, interessieren die Informationsquellen. Es wurden angegeben: Arzt, Selbstinformation (Zeitungen, Broschüren, etc.), Bekannte etc., Read- und Säuglingspflegekurs, frühere Geburten. Die größte Gruppe (32,2 %) bevorzugte die Selbstinformation, also die Lektüre von Büchern, Zeitschriften etc., dicht gefolgt (26 %) von dem Anteil der Frauen, die durch frühere Geburten genügend an Erfahrungen gesammelt zu haben glaubten; 17 % benutzen als Informationsquelle die beiden Vorbereitungskurse, immerhin noch 13,2 % befragten Bekannte, Verwandte usw. An den Arzt wandten sich die wenigsten Frauen (9,8 %). In der Erhebung von 1974 in Düsseldorf (23) waren es ebenfalls nur 9,4 %. Der Arzt nimmt in der Reihenfolge der Informationsquellen also den letzten Platz ein.

Abb. 3: Abhängigkeit der Wahl der Informationsquellen
von der Schulbildung

		Arzt	Selbstinf.	Bekannte etc.	Kurse	frühere Geb.
keine oder Volksschulb.	%	11,1	26,1	16,2	13,8	30,3
	abs.	37	87	54	46	101
weiterführ. Schulbild.	%	7,2	44,2	7,2	23	17,5
	abs.	12	73	12	38	29

p = 0,0000

Untersucht man, ob sich Frauen mit weiterführender Schulbildung von denjenigen mit einfacherer Schulbildung in der Wahl ihrer Informationsquellen unterscheiden, so stellt man fest, daß der überwiegende Anteil der Frauen, die eine weiterführende Schule besucht haben (44,2 %), die Selbstinformation bevorzugt. Bei den Frauen, die keine oder die Volksschule besucht haben, steht diese Informationsquelle erst an zweiter Stelle. Sie haben ihre Vorbereitung größtenteils (30,3 %) durch frühere Geburten erhalten. Auch hat für sie der Arzt mit 11,1 % eine größere Bedeutung als für die erste Gruppe mit nur 7,2 %. Auffallend ist noch, daß die erste Gruppe häufiger (23 %) als die zweite (13,8 %) die beiden Kurse zur Information benutzt.

Diese wichtige Quelle ist den Frauen mit einfacherer Schulbildung also wenig erschlossen.

Abb. 4: Abhängigkeit der Wahl der Informationsquellen von der Parität

		Arzt	Selbstinf.	Bekannte etc.	Kurse	frühere Geb.
Erstparae	%	10,4	41,7	18,8	27,7	-
	abs	26	104	47	69	-
Multiparae	%	9,2	22,5	7,6	6	52
	abs	23	56	19	15	129

p = 0,0000

Bei den Erstparae fällt die wichtige Informationsquelle der früheren Geburten, wodurch die meisten Multiparae (52 %) ihr Wissen haben, weg. Dadurch wächst die Bedeutung der Kurse, die im Rang nach der Selbstinformation (41,7 %) den größten Anteil mit 27,7 % ausmachen. Die Multiparae halten die Kurse für nicht so wichtig, denn nur 6 % beziehen aus ihnen ihre Informationen. Ihr Anteil ist bei der Selbstinformation mit 22 % verständlicherweise klein.

Abb. 5: Abhängigkeit der Wahl der Informationsquellen von der Nationalität

		Arzt	Selbstinf.	Bekannte	Kurse	frühere Geburten
Deutsche	%	10,6	34,8	10,9	20,3	22,8
	abs.	43	140	44	82	92
Gastarbeiter	%	6,0	15,8	24,3	1,2	42,6
	abs.	5	13	20	1	35

p = 0,0000

Während bei den deutschen Frauen die Kurse nach der Selbstinformation (34,8 %) und den früheren Geburten (22,8 %) mit 20,3 % an dritter Stelle stehen, sind sie bei den Gastarbeiterfrauen praktisch bedeutungslos. Nur eine Frau gab an, sich mit Hilfe der Kurse auf die Geburt und Pflege des Kindes vorbereitet zu haben. Bei ihnen besteht vielmehr die Rangfolge: frühere Geburten (42,6 %), Bekannte (24,3 %), Selbstinformation (15,8 %).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß fast alle werdenden Mütter glauben, sich gut auf die Geburt und Pflege ihres Kindes vorbereitet zu haben. Hinsichtlich der Quellen der Information bestehen deutliche Unterschiede durch den Einfluß der Schulbildung, Parität und insbesondere Nationalität.

2.2. WODURCH ERFAHREN WERDENDE MÜTTER ETWAS ÜBER DIE VORSORGE?

Abb. 6: Quellen der Information über die Vorsorge

	%	abs.
Arzt	41,8	209
Bekannte etc.	16,2	81
Massenmedien	15,6	78
Quelle vergessen	12,6	63
Krankenkasse	8,2	41
Beruf	4,2	21
Nicht informiert	0,6	3

Mit Abstand die meisten Frauen (41,8 %) werden durch den Arzt über die Vorsorge informiert. 16,2 % erfahren durch Bekannte usw. etwas darüber. Damit hat über die Hälfte der Frauen ihr Wissen durch persönliche Aufklärung erhalten.

Wie kann man aber die Frauen ansprechen, die den Arzt nicht konsultieren? Hier bieten die Massenmedien eine gute Möglichkeit, denn sie stehen in der Rangfolge der Informationsquellen an dritter Stelle. Was für gute Erfolge die Aufklärung über die Vorsorge schon zu verzeichnen hat, geht daraus hervor, daß nur drei von fünfhundert Frauen (0,6 %) gar nicht informiert waren, während alle übrigen von Existenz und Bedeutung der Vorsorge wußten. Von diesen drei Frauen gehörte eine zu den Gastarbeiterfrauen. Die beiden anderen waren Deutsche.

Haben die Informationsquellen bei den deutschen und Gastarbeitern verschiedenes Gewicht?

Abb. 7: Abhängigkeit der Informationsquellen über die
Vorsorge von der Nationalität

		Arzt	Bekannte	Massen- medien	selbst- verst.	Beruf	Kranken- kasse	nicht genau informiert
Deutsche	%	37,0	16,6	17,6	13,6	4,2	9,7	0,4
	abs.	149	67	71	55	17	39	2
Gastar- beiter	%	65,8	12,1	6,0	8,5	1,2	2,4	1,2
	abs.	54	10	5	7	1	2	1

p = 0,0008

Vergleicht man diese Abbildung mit der vorangegangenen, so wird eine unterschiedliche Gewichtung deutlich: Zwar informiert der Arzt auch die größte Gruppe der Deutschen (37 %). Insgesamt spielt er aber bei ihnen gegenüber anderen Quellen, wie den Massenmedien (17,6 %) und den Bekannten etc. (16,6 %) eine geringere Rolle. Ganz im Gegensatz dazu informiert er 2/3 der Gastarbeiterfrauen. Die übrigen Informanten haben hier nur geringe Bedeutung. So sind z. B. auch nur 6 % der Gastarbeiterfrauen durch die Massenmedien aufgeklärt. Sicherlich spielen Sprachschwierigkeiten eine große Rolle.

2.3. IN WELCHEM UMFANG NEHMEN WERDENDE MÜTTER DIE VORSORGE, EINSCHLIEßLICH DER VORBEREITUNGSKURSE IN ANSPRUCH?

Von den 500 befragten Frauen blieben nur 4 (0,8 %) gänzlich unbetreut. Ein Vergleich mit Studien aus vergangenen Jahren zeigt, daß die Tendenz eindeutig dahingeht, die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen immer mehr zu nutzen.

Die Zahl der gänzlich unbetreuten Frauen nahm mit einigen Rückschlägen, so doch insgesamt kontinuierlich ab.

Kiel 1954 (2)	13 %	unbetreute Frauen
München 1959 (13)	9,7 %	"
Bamberg 1964 (21)	12,6 %	"
1967	6,5 %	"
Landau 1969 (1)	4 %	"
Düsseldorf 1974 (23)	1,4 %	"
Düsseldorf 1975 (eigene Untersuchung)	0,8 %	"

Ein Blick in die USA zeigt, daß dort schon im Jahr 1961 ein ähnliches Ergebnis gefunden wurde wie zu der entsprechenden Zeit in der Bundesrepublik Deutschland. A. M. Sundberg fand heraus, daß von 806 werdenden Müttern 73 (9,1 %) nicht betreut wurden (33). 1972 waren es nur 2 % (29). Die Zahl in der Bundesrepublik Deutschland sank entsprechend von 4,0 % im Jahre 69 auf 1,4 % im Jahre 74. Entsprechend nimmt die Zahl der Frauen, die die Vorsorge mindestens dreimal aufsuchen, zu:

	<u>3 und mehr Besuche</u>
München 1958 (13)	67,5 %
Oberhausen 1959 (9)	73,0 %
Bamberg 1964 (21)	70,6 %
1967	82,4 %
Düsseldorf 1974 (23)	94,6 %
Düsseldorf 1975 (eigene Untersuchung)	95,2 %

Vergleicht man diese Resultate mit anderen aus den USA, so muß man allerdings feststellen, daß dort schon 1959 bei einer Untersuchung von Schonfield (32) 98,8 % der befragten Frauen angaben, wenigstens dreimal den Arzt konsultiert zu haben.

Die Aufschlüsselung des Kollektivs gibt nähere Auskunft über die Frage, welche Frauen wie oft die Vorsorge besuchten.

Abb. 8: Abhängigkeit der Anzahl der Arztbesuche von dem Wohnort

Anzahl der Besuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
Großstadt	%	11,2	33,3	55,0
	abs.	45	133	218
Mittelstadt	%	0,9	31,9	66,8
Kleinstadt				
Dorf	abs.	1	33	69

p = 0,0294; EMIN = 9,49

Wenn zwar die Anzahl der in der Abb. 8 erfaßten Bewohner von Kleinstädten, mittelgroßen Städten und Dörfern sehr gering ist, so läßt sich aus der Abbildung doch ersehen, daß diese häufiger unter den eifrigen Besuchern zu finden sind als Großstadtbewohner.

Dieses Ergebnis ist eigentlich erstaunlich, da doch anzunehmen ist, daß in einer Großstadt mit größerer Arztdichte die Frauen den Weg zur Vorsorge häufiger finden als in kleineren Gemeinden, in denen ein weiter Weg vielleicht Hinderungsgrund sein könnte. So berichtet auch Hüter (14) von einem starken Unterschied zwischen Stadt- und Landbevölkerung zugunsten der ersten. Man muß allerdings be-

rücksichtigen, daß Hüter nur die Landbevölkerung den Städtern gegenüber gestellt hat, während in dieser Studie die Vergleichsgruppe aus Landbewohnern und Klein-, bzw. Mittelstadtbewohnern besteht. Hinzu kommt aber auch, daß es sich bei Landbewohnern, die in der Großstadt entbanden, um ausgelesene Patientinnen handeln kann. Da das statistische Prüfverfahren einen minimalen Erwartungswert von 9,49 und $p = 0,00294$ ergab, gilt das Ergebnis als signifikant gesichert.

Abb. 9: Abhängigkeit der Anzahl der Besuche vom Alter der Mutter

Anzahl der Besuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
16 - 22 J.	%	14,0	37,3	47,2
	abs.	17	42	53
23 - 31 J.	%	5,5	30,8	63,2
	abs.	16	88	180
32 - 43 J.	%	11,0	37,0	52,0
	abs.	11	37	52

$p = 0,00568$

Die Abbildung zeigt deutlich, daß die jungen (16 - 22 J.) und vergleichsweise älteren (32 - 43 J.) Frauen wesentlich häufiger (14 % bzw. 11 %) gar nicht oder bis zu dreimal die Vorsorge besuchen, während nur 5,5 % der 23 - 31 J. unter diesen seltenen Besuchern zu finden sind. Dieses Ergebnis trägt sicherlich zu der erhöhten Frühgeborenenrate und perinatalen Sterblichkeit gerade in diesen Gruppen (3, 14) bei. Zieht man in Betracht, daß beide Gruppen schon durch ihr Alter mit einem erhöhten Risiko belastet sind (3, 14), so wird das Resultat umso bedenklicher. Die Erstparaen unter ihnen unterliegen noch einem zusätzlichen Risikofaktor, weil ihre Feten durch gehäufte Gestosekomplikationen bei den besonders jungen und durch uteroplacentare Durchblutungs-

störungen bei den älteren Frauen gefährdet sind (14,17). Unter den älteren Müttern sind auch gehäuft Multiparae zu finden, die bekanntermaßen (23, 31) dem Besuch der Vorsorge häufiger fernbleiben (s.u.!). So sind diese Randgruppen mehrfach gefährdet: einmal durch ihr Alter, zum anderen durch die geringere Inanspruchnahme der Vorsorge.

Die Gefährdung erhöht sich zusätzlich bei den Erstparae.

Abb. 10: Abhängigkeit der Anzahl der Vorsorge-Besuche vom Zivilstand der Mutter

Anzahl der Besuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
verheiratet	%	6,7	31,4	62,2
	abs.	31	144	279
ledig, getrennt	%	31,4	52,5	15,6
	abs.	12	20	6
geschieden, verwitwet	%	37,5	37,5	25,0
	abs.	3	3	2

p = 0,0000

Unter den regelmäßigen Besuchern (8 - 10 Besuche) der Vorsorgeuntersuchungen ist der Anteil der ledigen Mütter von nur 15,6 % im Vergleich zu dem der verheirateten mit 62,2 % verschwindend klein, während er bei den seltenen Besuchern mit 31,4 % gegenüber 6,7 % sehr hoch ist.

Vergleicht man entsprechende Zahlen der letzten Jahre, so kann man eine Tendenz (allein unterbrochen durch einen geringfügigen Rückschritt im Jahre 1974) bei den ledigen Müttern dahingehend feststellen, daß sie den Arzt während der Schwangerschaft immer häufiger aufsuchen. Betrachtet man allerdings die Zahlen der verheirateten Mütter, so

sieht man, daß diese Entwicklung bei den ledigen noch stark verlangsamt ist:

<u>0 bis 3 Besuche</u>		<u>ledig</u>	<u>verheiratet</u>
1959	(9)	32,0 % (1 + 2 Besuche)	26,4 %
1964	(27)	38,4 %	20,9 %
1974	(23)	24,2 %	5,5 %

Bei der Angabe von Flatters (9) muß berücksichtigt werden, daß die Anzahl derjenigen Frauen hinzuzurechnen ist, die angeben, gar nicht bzw. dreimal zur Vorsorge gegangen zu sein, so daß die Prozentzahlen insgesamt höher werden und die Entwicklung dadurch deutlicher erscheint.

Abb. 11: Abhängigkeit der Anzahl der Vorsorge-Besuche
von der beruflichen Stellung des Kindesvaters

Anzahl der Besuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
Arbeiter, Facharbeiter	%	14,0	26,8	48,6
	abs.	29	76	100
untere und mittlere Laufbahn der Angestellten u. Beamten	%	5,1	29,3	65,1
	abs.	10	57	126
gehobene Laufb. d. Angestellten und Beamten	%	0,0	32,5	67,4
	abs.	0	14	29
freiberuflich Tätige	%	8,7	32,2	58,6
	abs.	3	11	20

p = 0,00234

Die Tabelle bestätigt eindeutig zwei Hypothesen:

1. Daß eine Abhängigkeit zwischen der beruflichen Stellung des Vaters und der Frequenz der Besuche bei der Vorsorge besteht, die mit $p = 0,00234$ gesichert ist.
2. Daß mit höherer beruflicher Stellung des Vaters die Anzahl der Besuche wächst.

14 % der Mütter, die selten (gar nicht oder bis zu dreimal) zum Arzt gingen, sind verheiratet mit Arbeitern und Facharbeitern, während keine Ehefrau von Angestellten und Beamten der gehobenen Laufbahn unter den seltenen Besuchern zu finden ist. Demgegenüber sind sie aber bei den eifrigen Besuchern mit 67,4 % deutlich stärker repräsentiert als der Anteil der Arbeiter- und Facharbeiterfrauen (48,6 %).

Die Gruppe der unteren und mittleren Angestellten bzw. Beamten ähnelt in ihrem Verhalten der höher gestellten Kollegen.

Die Zahl der freiberuflich Tätigen besitzt keinen großen Aussagewert, weil in dieser Gruppe die freiberuflich Tätigen aus allen sozialen Schichten zusammengefaßt sind.

Abb. 12: Abhängigkeit der Anzahl der Besuch von der Schulbildung der Mutter

Anzahl der Besuche		1 - 3	4 - 7	8 - 10
keine oder bis zur Volksschulbildung	%	10,8	33,9	55,2
	abs.	36	113	184
weiterf. Schulbildung	%	6,0	31,9	61,6
	abs.	10	53	102

keine Signifikanz

Über den Einfluß der Schulbildung der Mutter auf die Häufigkeit der Besuche können aufgrund der hier gefundenen Ergebnisse keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden, da sich eine Signifikanz nicht ermitteln ließ. Es wird aber immer wieder der Zusammenhang zwischen zunehmender Bildung und steigender Inanspruchnahme der Vorsorge betont (23,2 %), der auch in dieser Abbildung in Ansätzen zu erkennen ist.

Abb. 13: Abhängigkeit der Anzahl der Besuche von der Parität

Parität		1 - 3 Besuche	4 - 7 Besuche	8 - 10 Besuche
Erstparae	%	5,6	27,6	64,5
	abs.	14	74	161
Multiparae	%	12,8	36,9	49,9
	abs.	32	92	124

p = 0,00101

Etwa die Hälfte (49,8 %) der befragten Frauen waren Erstparae, 50,2 % Multiparae.

Nur 5,6 % der Erstparae besuchten die Vorsorge sehr selten. Bei den Multiparae ist diese Prozentzahl mehr als doppelt so hoch (12,8 %). Auch bei den regelmäßigen Besuchen zeigen sich deutliche Unterschiede, obwohl sich dort die beiden Gruppen etwas angleichen.

Ähnliche Ergebnisse fanden auch Krone (21), Heintze (13), Arnold (1), Letsch (23) und Beske (2).

Wahrscheinlich führen eine erhöhte Belastung der Mütter mit mehreren Kindern und eine infolge komplikationslos verlaufender früherer Schwangerschaften sorglosere Einstellung gegenüber der Schwangerschaft und Geburt zu dem oben genannten Ergebnis (21).

Abb. 14: Abhängigkeit der Anzahl der Besuche von der
Nationalität

Nationalität		1 - 3 Besuche	4 - 7 Besuche	8 - 10 Besuche
Deutsche	%	8,6	31,8	59,0
	abs.	35	129	238
Gastarbeiter	%	13,3	33,9	52,3
	abs.	11	28	43

Diese Tabelle ergab keine Signifikanz.

Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß die Ergebnisse bei den Gastarbeiterfrauen aufgrund der geringen Anzahl der Befragten dieser Gruppe (82 F.) im Verhältnis zu den Deutschen (402 F.) zufällig sein können. Die gefundenen Zahlen lassen gewisse Abweichungen in der Gruppe der äußerst seltenen (1 - 3mal) und regelmäßigen (8 - 10mal) Besucher erkennen.

In der Gruppe der unregelmäßigen Besucher (4 - 7mal) gleichen sich diese Unterschiede etwas aus.

Andere Untersuchungen haben diesbezüglich zu deutlichen Unterschieden zwischen den deutschen und Gastarbeiterfrauen geführt (8, 23, 30).

Oft wird der seltenere Besuch durch Sprachschwierigkeiten verursacht. Diesen Zusammenhang fand Schmidt (30) bei 34 Gastarbeiterfrauen, die kein Deutsch sprachen. 11 (57,9 %) dieser Frauen hatten die Vorsorge nur 0 bis 3mal genutzt - im Vergleich zu 17 % der Frauen, die mit der Sprache vertraut waren.

Abb. 15: Abhängigkeit der Anzahl der Besuche von
Nationalität, verbunden mit Berufstätigkeit

		0 - 3 Besuche	4 - 7 Besuche	8 - 10 Besuche
Deutsche ohne Beruf	%	14,0	37,1	48,4
	abs.	25	66	86
Gastarb. ohne Beruf	%	31,7	49,8	18,0
	abs.	7	11	4
Deutsche mit Beruf	%	4,4	28,1	67,0
	abs.	10	62	147
Gastarb. mit Beruf	%	6,6	28,5	64,3
	abs.	4	17	38

p = 0,0000

Aus der Tabelle wird deutlich, daß sich die Berufstätigkeit der Frau sehr positiv auf die Anzahl ihrer Besuche auswirkt.

So gehörten prozentual mehr als dreimal soviel deutsche Hausfrauen als deutsche Berufstätige zu den äußerst seltenen Besuchern (1 - 3mal). Denselben Einfluß der Berufstätigkeit ermittelten Beske (2), Flatters (9), Letsch (23) und Riess (27).

	0 bis 3 Besuche	
	<u>berufstätig</u>	<u>nicht berufst.</u>
Riess (Düsseldorf <u>1964</u>)	14,7 %	30,1 %
Letsch (Düsseldorf <u>1974</u>)	41,4 %	58,8 %

Noch größere Unterschiede finden sich unter den berufstätigen und nicht berufstätigen Gastarbeiterfrauen.

Von den Berufstätigen gingen nur 6,6 % 1 bis 3mal zur Vorsorge, aber 64,3 % regelmäßig (8 bis 10 Besuche), verglichen mit 31,7 % und 18 % der Hausfrauen.

Auffällig ist, daß zwischen den berufstätigen Deutschen und den berufstätigen Gastarbeitern kaum noch Unterschiede bei den regelmäßigen Besuchern zu finden sind. Dieses Ergebnis steht ganz im Gegensatz zu dem bei den Hausfrauen, von denen nur 18 % Gastarbeiterfrauen, aber 48,4 % Deutsche 8 bis 10mal den Arzt aufsuchten. Die Ursachen des positiven Einflusses der Berufstätigkeit zu untersuchen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Allerdings wird deutlich, daß die Aufmerksamkeit vermehrt auf die Gruppe der Hausfrauen unter den Gastarbeitern zu richten ist, um diese Mütter durch Aufklärung, besonders auch in ihrer Landessprache, zu motivieren, sich während der Schwangerschaft regelmäßig untersuchen zu lassen. Dieses wird um so dringlicher, als bekannt geworden ist, daß unter den Gastarbeiterfrauen häufiger gestörte Graviditäten auftreten und sich als Folge eine gegenüber den Inländerinnen (8) erhöhte perinatale Moralität einstellt.

Zunächst ist das durch die mangelnde Nutzung der Vorsorge zu erklären, worauf schon hingewiesen wurde (s.o. S.); denn besonders häufig treten bei den Gastarbeiterfrauen mittelschwere bis schwere Anämien als Komplikationen auf (8), welche durch die Vorsorge verhindert werden könnten. Ferner sind Gastarbeiterfrauen aber auch häufig den kontrazeptiven Maßnahmen nur wenig aufgeschlossen. Dadurch ergeben sich viele unerwünschte Schwangerschaften, woraus sich auch die gehäuften induzierten Abortgeschehen, die eine folgende Schwangerschaft von vornherein mit einem erhöhten Risiko belasten, erklären (7).

Welche erhöhten Risiken nicht erwünschte Schwangerschaften haben, zeigen folgende Daten (30):

63 % der später verstorbenen, nicht ehelichen Kinder waren unerwünscht; 32,2 % der Mütter nicht erwünschter Kinder haben die Vorsorge nie aufgesucht.

Neben der Anzahl der Besuche beim Arzt ist besonders der Zeitpunkt der Erstuntersuchung wichtig (26).

Insgesamt ist bei einem Überblick der vergangenen Jahre, wenn auch mit gewissen Rückschlägen, so doch eine erfreuliche Zunahme der Erstbesuche im 1. Trimenon zu verzeichnen.

Erstbesuch im 1. Trimenon

1959	(13)	39,8 %	(333 F.)
1959	(9)	47,6 %	(2004 F.)
1964	(27)	66,9 %	(1329 F.)
1974	(23)	83,9 %	(501 F.)
1975	(eigene Unters.)	84,0 %	(500 F.)

In der DDR sind die Ergebnisse noch günstiger: Dort suchten 1972 schon 95 % aller betreuten Frauen die Beratungsstelle (allerdings in den ersten 4 Monaten) auf (26).

Erfreulich ist, daß die Zahl der Frauen, die erst im 7. bis 9. Schwangerschaftsmonat den Weg zum Arzt fanden, stark gesenkt werden konnte. So fand Flatters (9) dieses Verhalten 1959 noch bei 17,2 % der Frauen, Arnold (1) 1969 sogar bei 18 %. Von 1969 bis 1974 führte die Information über das Risiko des späten Erstbesuches zu sichtbaren Erfolgen, da 1974 nur noch 1 % der werdenden Mütter die Vorsorge im 8. bis 9. Schwangerschaftsmonat zum ersten Mal aufsuchten. Bei der eigenen Untersuchung bezieht sich die gefundene Größe (1 %) auf das gesamte 3. Trimenon.

Mit der Abnahme der Anzahl der späten Erstbesuche steigt die Zahl der Frauen, die den gewünschten Standard von 10 Vorsorgeuntersuchungen erfüllen (23), so daß immer mehr Frauen die Vorsorgeangebote voll ausschöpfen.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über den sozialen Hintergrund derjenigen Frauen, die früh bzw. spät zum Arzt gehen.

Abb. 16: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches vom Alter der Mutter

Erstbesuche im		2.-3. Monat	4.-9. Monat
16 J. - 22. J.	%	79,3	18,5
	abs.	89	21
23 J. - 31 J.	%	89,0	10,0
	abs.	253	29
32 J. - 43 J.	%	76,0	23,0
	abs.	76	23

p = 0,00287

Die 23 - 31jährigen sind am eifrigsten: von ihnen gehen 89 % frühzeitig, d. h. im 2. oder 3. Monat, erstmalig zur Vorsorge. Von den jüngeren und älteren Frauen sind nur 79,3 % bzw. 76 % vertreten; dementsprechend stark ist ihr Anteil bei den späten Erstbesuchern (4.-9. Monat): 18,5 % bzw. 23 %, während von der mittleren Altersgruppe nur 10 % so spät die Vorsorge zum erstenmal aufsucht.

Mit anderen Worten ausgedrückt: die ganz jungen und vergleichsweise älteren Frauen zögern zu lange mit dem Erstbesuch der Vorsorge, woraus eine insgesamt geringe Anzahl an Besuchern (s. S. 12) und damit ein erhöhtes Risiko der Frucht folgt. Außerdem sei nochmals auf die Gefahren, die sich allein aus ihrem Alter ergeben, hingewiesen.

Abb. 17: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches von der Schulbildung der Mutter

Erstbesuch im		2. Monat	3.-5. Monat	6.-9. Monat
keine oder Volksschulb.	%	57,3	38,1	3,3
	abs.	191	127	11
weiterf. Schulb.	%	69,0	28,9	1,2
	abs.	114	48	2

p = 0,03206

Es zeigt sich eine Abhängigkeit zwischen dem Zeitpunkt des Erstbesuches und der Schulbildung der Mutter, was besonders bei den späten Erstbesuchern (6.-9. Monat) deutlich wird. Hier sind fast 3mal soviele Frauen auf Hundert mit einer nur bis zur Volksschule reichenden Schulbildung zu finden (3,5 %) wie bei den Frauen mit weiterführender Schulbildung (1,2 %).

Dieses Ergebnis wird durch die Untersuchung von Schonfield (32) bestätigt. Da in den USA das Schulsystem anders aufgebaut ist als in der Bundesrepublik, kann man allerdings die Zahlen nicht exakt vergleichen.

Abb. 18: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches vom Zivilstand der Mutter

Erstbesuch im		2.-3. Monat	4.-9. Monat
verheiratet	%	86,9	12,1
	abs.	395	56
ledig, getrennt	%	52,6	41,9
	abs.	20	16
verwitwet, geschieden	%	62,5	37,5
	abs.	5	3

$p = 0,0000$

86,9 % der verheirateten Frauen, aber nur 52,6 % der ledigen oder getrennt lebenden Frauen zählen zu den frühen (2.-3. Monat) Besuchern. Bei den späten Besuchern (4.-9. Monat) überwiegt der Anteil der ledigen oder getrennt lebenden Mütter mit 41,9 % gegenüber 12,1 % der verheirateten ganz stark.

Dieses Verhalten hat sich seit 1959 (9) nicht wesentlich verändert. Ein starkes Zögern der ledigen und getrennt lebenden Frauen wird ganz deutlich.

Zum Vergleich sei hier erwähnt, daß von allen 500 befragten Frauen 84 % früh und 15 % später zur Vorsorge gingen.

Abb. 19: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches
von der Parität

1. Besuch		2. Monat	3.-5. Monat	6.-9. Monat
1 - 2 parae	%	65,0	32,2	1,6
	abs.	264	131	7
3 - 9 parae	%	44,4	47,6	6,6
	abs.	40	43	6

p = 0,00020

65 % der Erst- und Zweitparaeehen zum frühest möglichen Termin (2. Monat) zum erstenmal zur Vorsorgeuntersuchung, gegenüber 44,4 % der Dritt- bis Neuntparaee.

Dieses unterschiedliche Verhalten der beiden Gruppen wird noch deutlicher, wenn man sich die Zahlen der späten Erstbesucher (4.-9. Monat) ansieht; der Anteil der Dritt- bis Neuntparaee ist dort nämlich prozentual 4mal so groß (6,6 %) wie der der Erst- und Zweiparaee (1,6 %)!

Abb. 20: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches
von der Nationalität

1. Besuch im		2. Monat	3.-5. Monat	7.-9. Monat
Deutsche	%	61,6	34,9	2,3
	abs.	248	141	10
Gastarbeiter	%	58,5	35,2	2,4
	abs.	48	79	2

p = 0,0000

Vergleicht man das Verhalten deutscher mit dem von Gastarbeiterfrauen bezüglich des Erstbesuchs der Vorsorge, so fallen keine wesentlichen Unterschiede auf. Stärker als die Nationalität wirkt sich, wie schon bei der Frage nach der Häufigkeit der Vorsorgebesuche (s. S. 18) deutlich wurde, die Berufstätigkeit auf den Termin des Erstbesuches aus.

Abb. 21: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches von Nationalität, verbunden mit Berufstätigkeit

1. Besuch im		2. Monat	3.-5. Monat	6.-9. Monat
Deutsche ohne Beruf	%	51,4	43,3	4,3
	abs.	91	77	8
Gastarbeiterfrauen ohne Beruf	%	36,3	49,8	4,5
	abs.	8	11	1
Deutsche mit Beruf	%	69,8	28,1	1,3
	abs.	153	62	3
Gastarbeiterfrauen mit Beruf	%	67,7	28,6	1,6
	abs.	40	17	1

p = 0,00202

Die Hausfrauen suchen den Arzt insgesamt später (6.-9. Monat) erstmals auf als die Berufstätigen, wobei zwischen den Nationalitäten keine nennswerten Unterschiede festzustellen sind (4,3 % deutsche Hausfrauen und 4,5 % Gastarbeiterfrauen gegenüber 1,3 % deutscher Berufstätiger und 1,6 % Berufstätiger aus den Gastarbeiterländern). Besonders deutlich wird der Einfluß der Berufstätigkeit auf den Zeitpunkt des Erstbesuchs bei den Gastarbeiterfrauen:

67,7 % der Berufstätigen, aber nur 36,3 % der Hausfrauen gehen schon im 2. Monat zur Vorsorge.

Flatters (9) ermittelte Ähnliches: Im 2. bis 3. Monat gingen 55,4 % der Berufstätigen gegenüber 45,1 % der nicht Berufstätigen zum ersten Mal zum Arzt.

Für die folgende Tabelle konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die Tabelle sei dennoch abgebildet:

Abb. 22: Abhängigkeit des Zeitpunktes des Erstbesuches von der Nationalität, verbunden mit Sozialstatus

1. Besuch im		2. Monat	3.-5. Monat	7.-9. Monat
Deutsche	%	51,5	42,1	5,1
	abs.	67	55	7
Gastarb.	%	56,5	36,0	2,8
	abs.	39	25	2

Neben den von den Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchungen stehen den werdenden Müttern noch die Read- und Säuglingspflegekurse zur Verfügung, durch die sie sich auf Geburt und Pflege des Kindes vorbereiten können. Hier zeigt sich, daß diejenigen Frauen, die die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig an Anspruch nehmen, wiederum gehäuft zu finden sind, während die anderen Gruppen fehlen.

Abb. 23: Schulbildung der Mutter und Besuch des Read- und Säuglingspflegekurses

		Read-Kursus		Säuglingspflegekursus	
		ja	nein	ja	nein
keine oder Volksschulb.	%	40,2	59,7	32,7	66,3
	abs.	134	199	111	221
weiterf. Schulbildung	%	74,8	24,8	65,9	33,9
	abs.	124	41	109	56

p = 0,0000

p = 0,0000

Wie schon bei der Frequenz der Vorsorgebesuche, so wird auch hier der Einfluß der Schulbildung deutlich.

Weniger als die Hälfte (40,2 %) der Frauen, die keine oder höchstens Volksschulbildung besitzen, ging zum Read-Kursus und sogar nur 1/3 (32,7 %) zum Säuglingspflege-Kursus. Von den Frauen mit weiterführender Schulbildung gingen mehr als 2/3 (74,8 %) zum Read- und mehr als die Hälfte (65,9 %) zum Säuglingspflege-Kursus. Von allen Frauen suchte nur etwa jede Zweite (51,8 %) den Readkurs auf. Beim Säuglingspflegekurs sieht es noch düsterer aus: Dorthin gingen nur 44,2 %.

Vergleicht man diese Zahlen mit denen von 1974 (23), so erkennt man aber erfreulicherweise einen langsamen Zuwachs des Anteils der Frauen, die den Readkurs aufsuchen (von 47,9 % 1974 auf 51,8 % 1975) und fast eine Verdoppelung beim Besuch des Säuglingspflegekurses (von 29 % 1974 auf 44,2 % 1975).

Abb. 24: Berufliche Stellung des Vaters und Besuch
beider Kurse

		Read-Kursus		Säuglingspflege-Kursus	
		ja	nein	ja	nein
Arbeiter, Facharbeiter	%	29,3	70,7	24,1	75,1
	abs.	60	145	50	154
untere u. mitt- lere Laufbahn der Angestell- ten u. Beamten	%	67,4	32,6	57,5	42,5
	abs.	130	63	111	82
gehobene Lauf- bahn der Ange- stellten u. Beamten	%	83,7	18,6	69,6	30,2
	abs.	36	8	30	13
freiberuflich Tätige	%	67,5	32,3	58,2	41,1
	abs.	23	11	20	14
p = 0,0000		P = 0,0000			

Wie schon bei der Frage nach der Anzahl der Vorsorgebe-
suche deutlich wurde, sind hier wiederum die Frauen von
Arbeitern und Facharbeitern selten unter den Besuchern
der Kurse zu finden: nur 29,3 % von ihnen besuchten den
Read- und sogar nur 24,1 % den Säuglingspflege-Kursus.
Von den Ehefrauen der Angestellten und Beamten der gehö-
benen Laufbahn dagegen gingen prozentual ungefähr 3mal so
viele zum Read- (83,7 %) und Säuglingspflege-Kursus (69,6 %).

Abb. 25: Zivilstand der Mutter und Besuch des Read- und Säuglingspflegekurses

		Read-Kursus		Säuglingspflege-Kursus	
		ja	nein	ja	nein
verheiratet	%	54,4	45,6	46,6	53,0
	abs.	247	207	212	241
ledig, getrennt	%	23,5	76,3	18,2	81,5
	abs.	9	29	7	31
verwitwet, geschieden	%	37,5	62,5	25,0	75,0
	abs.	3	5	2	6

p = 0,00177

Ebenso wie bei den Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich auch hier, daß die verheirateten Frauen häufiger die Kurse in Anspruch nehmen.

Von ihnen suchten 54,4 % den Read- und 46,6 % den Säuglingspflege-Kursus auf. Das sind prozentual mehr als doppelt so viele Frauen wie bei den ledig oder getrennt lebenden: von ihnen sind nämlich nur 23,5 % beim Read- und 18,2 % beim Säuglingspflege-Kursus zu finden.

Abb. 26: Berufliche Stellung der Mutter und Besuch beider Kurse

		Read-Kursus		Säuglingspflege-Kursus	
		ja	nein	ja	nein
Berufstätige	%	55,7	44,3	46,8	52,6
	abs.	160	127	135	151
Nicht-Berufstätige	%	46,1	53,9	39,6	60,1
	abs.	95	111	82	124

p = 0,03477

p = 0,10305

Wiederum wird der positive Einfluß der Berufstätigkeit auf das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft deutlich.

Die Prozentzahl der Besucher beider Kurse beträgt bei den Berufstätigen 55,7 % (Read-Kursus) bzw. 46,8 % (Säuglingspflege-Kursus) und fällt auf 46,1 % (Read-Kursus) bzw. 39,6 % (Säuglingspflege-Kursus) bei den Nicht-Berufstätigen.

Abb. 27: Parität und Besuch beider Kurse

		Read-Kursus		Säuglingspflege-Kursus	
		ja	nein	ja	nein
Erstparae	%	62,8	36,9	53,7	46,1
	abs.	157	92	134	115
Multiparae	%	40,5	59,2	34,4	64,9
	abs.	101	147	86	161

p = 0,00107

p = 0,0000

Verständlicherweise haben die Erstparae einen größeren Informationsdrang als die Multiparae, die schon den Ablauf einer Geburt selbst erlebt haben.

Von den ersteren gehören 62,8 % bzw. 53,7 % zu den Besuchern des Read- bzw. Säuglingspflege-Kursus, während von den Multiparae nur 40,5 % bzw. 34,4 % dorthin gehen.

Abb. 28: Nationalität und Besuch beider Kurse

		Read-Kursus		Säuglingspflege-Kursus	
		ja	nein	ja	nein
Deutsche	%	60,7	38,8	52,3	47,5
	abs.	246	156	211	191
Gastarbeiter	%	7,2	92,6	4,8	93,9
	abs.	6	76	4	77

p = 0,0000

p = 0,0000

Untersucht man den Einfluß der Nationalität, so stellt man fest, daß nur eine verschwindend kleine Gruppe von Gastarbeiterfrauen den Weg zu den Kursen fand: 7,2 % (6 Frauen) zum Read- und 4,8 % (4 Frauen!) zum Säuglingspflege-Kursus.

Abb. 29: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und Besuch beider Kurse

Anzahl der Vorsorgebesuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
keinen Kurs besucht	%	16,3	38,9	44,2
	abs.	37	88	100
beide Kurse besucht	%	2,5	27,5	69,6
	abs.	5	55	139

p = 0,0000

Der bei weitem größte Anteil (69,6 %) der Frauen, die beide Kurse besuchen, geht auch regelmäßig (8 - 10mal) zur Vorsorge, und nur 2,5 % (5 Frauen) dieser Gruppe fehlen ganz oder suchen die Vorsorge höchstens 3mal auf.

Andererseits findet man unter den Frauen, die keinen Kurs besuchen, einen weitaus größeren Prozentsatz (16,3 %) unter den seltenen Besuchern der Vorsorge. Dieses Verhalten findet seine Entsprechung in der Einstellung zu sonstigen Arztbesuchen, die aus der folgenden Abbildung hervorgeht:

Abb. 30: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und
Einstellung zu sonstigen Arztbesuchen

Anzahl der Besuche		0 - 3	4 - 7	8 - 10
1. regelmäßig, 1. Krankheitsanzeichen	%	4,9	32,0	62,6
	abs.	6	39	76
2. starken Beschwerden	%	9,3	33,1	57,0
	abs.	8	28	48
3. äußersten Notfall	%	31,7	29,4	38,5
	abs.	14	13	17
4. 2. + regelmäßige gyn. Vorsorgeunter- suchung	%	4,2	26,7	68,5
	abs.	5	31	79
5. 3. + regelmäßige gyn. Vorsorgeunter- suchung	%	17,0	41,4	41,4
	abs.	7	17	17

$\dot{p} = 0,0000$

Es wird deutlich, daß die Frauen, die regelmäßig und bei den ersten Krankheitsanzeichen den Arzt aufsuchen, oder die, die an den regelmäßigen gyn. Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, aber sonst erst bei starken Beschwerden den Arzt konsultieren, äußerst wenig (4,9 % bzw. 4,2 %) unter den seltenen Besuchern der Schwangerenvorsorge zu finden sind. Von denjenigen aber, die erst im äußersten Notfall den Weg zum Arzt finden, nehmen 31,7 % die Vorsorge gar nicht oder höchstens 3mal in Anspruch.

Zusammenfassend kann man also feststellen, daß die Vorsorge einschließlich der Vorbereitungskurse in steigendem Maße in Anspruch genommen und auch immer zahlreicher

voll ausgeschöpft wird.

Allerdings gibt es bestimmte Risikogruppen, denen man sich verstärkt unter Berücksichtigung der Besonderheiten und Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe zuwenden sollte.

Diese Risikogruppen sind:

- 1.) Sehr junge Mütter
- 2.) Ältere Mütter
- 3.) Multiparae
- 4.) Alleinstehende Mütter
- 5.) Mütter ohne weiterführende Schulbildung
- 6.) Mütter, die mit Arbeitern oder Facharbeitern verheiratet sind
- 7.) Nicht-Berufstätige, unter ihnen besonders Ausländerinnen

2.4. DIE ERFAHRUNGEN DER WERDENDEN MÜTTER MIT DEN VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Aus den vorangegangenen Ergebnissen ist zu ersehen, daß zwar noch längst nicht alle, so doch der größte Teil der Frauen wenigstens bis zu 3mal während der Schwangerschaft den Arzt aufsuchten, um sich untersuchen zu lassen.

Da aber jede quantitativ ausreichende prenatal care nutzlos bleibt, wenn sie nicht auch den qualitativen Anforderungen entspricht (14), gilt es im folgenden, die Qualität der Vorsorge zu prüfen.

In der Bundesrepublik ist die Untersuchungsfrequenz der Routinevorsorge durch die Mutterschaftsrichtlinien auf 10 ärztliche Untersuchungen festgelegt.

In Frankreich sind nur 4 Untersuchungen zur Erlangung der staatlichen Subventionen nötig. Allerdings werden dort tatsächlich durchschnittlich 10 Untersuchungen vorgenommen (24) und, da die Anzahl nicht limitiert ist, auch bezahlt.

In Großbritannien werden 14 (19) und in Schweden sogar 20 Untersuchungen (28) gefordert, wobei in Schweden aber die Routineuntersuchungen, abgesehen von 3 Mindestuntersuchungen, nicht vom Arzt, sondern eigens dafür geschulten Hebammen vorgenommen werden. Dem Arzt wird dort nur die Behandlung der Risikomütter anvertraut (28).

Die bundesdeutschen Mutterschaftsrichtlinien von 1974 sehen als Erstuntersuchung zunächst einmal eine gründliche Anamnese, dann eine allgemeine und gynäkologische Untersuchung vor. Hinzu kommen Blutdruckmessung, Feststellung des Körpergewichtes, Untersuchung des Urins und Hämoglobinbestimmung. Außerdem sollte an serologischen Untersuchungen noch zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Careliolipin-Mikroflockungstest als Lues-Suchreaktion, der Röteln-Hämagglutinationshemmungstest, die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors und ein Antikörper-Suchtest durchgeführt werden. Bei pathologischen Befunden sind weitergehende dia-

agnostische Maßnahmen geplant. Bei den nachfolgenden Routineuntersuchungen, die zunächst monatlich und im letzten Monat zweimal erfolgen, sollte jeweils der Blutdruck gemessen, das Gewicht kontrolliert, der Urin untersucht, die kindlichen Herztöne gehört, die Lage des Kindes festgestellt und der Stand der Gebärmutter kontrolliert werden. Zusätzlich sollte vom 6. Monat an jedesmal eine Hämoglobinbestimmung vorgenommen werden. Diese regelmäßigen Untersuchungen verfolgen in erster Linie den Zweck, die Risikoschwangerschaften von den normalen zu sondern und bei ersteren das reversible Stadium der EPH-Gestose zu erfassen, welche heute immer noch einen der wichtigsten Risikofälle darstellt (14).

Gemessen an der früheren Durchführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen ist die Qualität der heutigen stark gestiegen, was allein schon an den diesbezüglich erhöhten Anforderungen deutlich wird. So beurteilte Flatters im Jahre 1959 (9) eine Frau schon als ausreichend betreut, bei der jeweils im 2. und 3. Trimenon eine Blutdruckmessung und eine Urinuntersuchung vorgenommen worden war. Das war bei nur etwa 1/3 der Patientinnen der Fall. "Eben noch ausreichend" nennt er die Durchführung der genannten Untersuchungen allein im 3. Trimenon, was auf 27,9 % der Frauen zutraf. Gar nicht betreut wurden 38,8 %, und nur bei 7,5 % wurden die beiden Untersuchungen im jeden Trimenon durchgeführt.

Heintze (13) wies 1959 ebenfalls darauf hin, daß nur 27,6 % der Frauen bei minimalen Anforderungen als befriedigend betreut angesehen werden konnten.

Desgleichen beklagte Krone im Jahre 1967 (21), daß während der ganzen Schwangerschaft bei 0,7 % kein äußerer Untersuchungsbefund erhoben, bei 16,3 % keine Blutdruckmessung durchgeführt, bei 20,2 % keine Urinkontrolle vorgenommen, bei 63,8 % keine Gewichtsbestimmung erhoben worden war und nur 11,5 % äußerlich untersucht worden waren. 1971 wurden die Mutterschaftsrichtlinien neu gefaßt, was zu deut-

lichen Erfolgen führte, da 1974 66,6 % der Patientinnen entsprechend den Richtlinien betreut wurden (23).

Diese Prozentzahl konnte noch gesteigert werden: Sie beträgt nunmehr 69,2 %.

Addiert man den Anteil, bei dem sogar das Maß der Untersuchungen überschritten wurde (25,2 %), so bekommt man einen Anteil von 94,4 % von gut betreuten Frauen.

Diese Zahlen sind sicherlich als gutes Ergebnis zu werten.

Bevor der Frage nach der Qualität der Untersuchungen weiter nachgegangen wird, soll zunächst einmal die Verteilung der Frauen auf die an der Vorsorge beteiligten Einrichtungen dargestellt werden.

Früher gefundene Ergebnisse sehen wie folgt aus:

1954	(2)	Allgemeinmediziner	29,0 %
		Klinikambulanz	9,0 %
		Niedergelassener Gynäkologe	39,0 %
1974	(23)	Allgemeinmediziner	3,5 %
		Niedergelassener Gynäkologe und Klinikambulanz	6,7 %
		Niedergelassener Gynäkologe	74,8 %
1975	(eigene Erhebung)		
		Allgemeinmediziner	2,6 %
		Klinikambulanz	5,0 %
		Niedergelassener Gynäkologe und Klinikambulanz	19,5 %
		Niedergelassener Gynäkologe	69,8 %

Vergleicht man die jetzt gefundenen Ergebnisse mit den früheren, so ergibt sich ein klarer Trend vom Allgemeinmediziner weg und hin zur Kombination: Niedergelassener Gynäkologe und Klinikambulanz (1974 nur 6,7 %, jetzt 19,4 %). Die Zahl der Frauen, die nur den niedergelassenen Gynäkologen aufsuchten, ist vorübergehend gestiegen (von 39 % auf 74,8 %), scheint jetzt aber wieder im Abnehmen begriffen zu sein.

Nun stellt sich die Frage nach der Qualität der Untersuchungen - abgelesen am Mütterpaß und dem Gedächtnis befragter Mütter - der zwei an der Vorsorge beteiligten Institutionen (freie Praxis, Klinikambulanz).

Abb. 31: Umfang der Routineuntersuchungen in Abhängigkeit von den ausführenden Organen

		nach Plan	nach Plan und mehr	weniger als Plan
niedergel. Gynäkologe	%	74,4	20,3	4,4
	abs.	260	71	16
Klinikambulanz	%	48,0	52,0	0,0
	abs.	12	13	0
1. niedergel. Gynäkologe, Ambulanz	%	59,7	34,0	6,0
	abs.	58	33	6

p = 0,00068

Die Klinikambulanz schneidet mit 100 % guten (nach Plan und nach Plan und mehr) Untersuchungen am besten ab, während der niedergelassene Gynäkologe nur auf einen Anteil von 94,7 % guter Untersuchungen kommt. Die Kombination "zunächst niedergelassener Gynäkologe, dann Klinikambulanz" spiegelt ein etwas unsicheres Ergebnis wieder, weil

nicht genau unterschieden werden kann, welche Untersuchungen die Ambulanz und welche der praktizierende Arzt vorgenommen hat.

Bei den Ergebnissen ist zu berücksichtigen, daß die Angaben auf dem Gedächtnis der befragten Frauen basieren und somit einen Fehlerquotienten enthalten. Trotzdem bleibt das gute Ergebnis der Ambulanz bemerkenswert, was sicherlich nicht zuletzt auf die bessere Ausstattung mit modernen Geräten, aber auch auf die Überweisungen der niedergelassenen Ärzte dorthin, eben weil apparative Diagnostik notwendig wurde, zurückzuführen ist.

Der niedergelassene Arzt ging nur bei 20,3 % der Patientinnen über das geforderte Maß an Untersuchungen hinaus, was in der Ambulanz bei 52 % der Fall war. Zu solchen weiterführenden Untersuchungen gehören z. B. Ultraschall-Aufnahmen und CTG-Messungen.

Abb. 32: Arztwechsel bei neuer Schwangerschaft in Abhängigkeit von den ausführenden Organen

		ja	nein	unent- schlossen	Ambulanz be- vorzugt
niedergel. Gynäkologe	%	15,4	79,0	5,4	0,0
	abs.	54	276	19	0
Klinikambulanz	%	4,0	96,0	0,0	0,0
	abs.	1	24	0	0
1. niedergel. Gynäko- loge dann Kl.-Amb.	%	11,3	65,9	4,1	18,5
	abs.	11	64	4	18

p = 0,0000

Entsprechend der Qualität der Untersuchungen sind prozentual 3mal soviel Frauen (15,4 %) wie bei der Ambulanz, die nur 4 % verlassen wollen, mit dem niedergelassenen Gynäkologen unzufrieden und beabsichtigen, den Arzt zu wechseln.

5,4 % der Frauen, die den Gynäkologen aufsuchten, sind noch unentschlossen, d.h., daß noch ein weiterer Anteil möglicherweise wechseln wird. Dagegen bevorzugen 18,5 % der Frauen, die zuerst beim frei praktizierenden Gynäkologen und anschließend in der Ambulanz waren, bei einer neuen Schwangerschaft den Besuch allein der Ambulanz.

Neben einer gründlichen organischen Untersuchung gehört zur Vorsorge auch die Aufklärung über mögliche Komplikationen, wie z. B. Blutungen, frühzeitige Wehen, Ödeme, Fieber. Dadurch kann die werdende Mutter sich selbst beobachten und früher als bei der nächsten Routineuntersuchung, die vielleicht erst 4 Wochen später stattfindet, erste Krankheitszeichen feststellen. Außerdem weiß sie die auftretenden Zwischenfälle richtig zu werten, was ein erhöhtes Maß an Sicherheit verleiht.

Allerdings ist festzustellen, daß viele Ärzte dieser Aufklärung nicht die nötige Bedeutung beimaßen oder sie den werdenden Müttern nicht mit der genügenden Eindringlichkeit ins Bewußtsein brachten. Etwa 1/3 der befragten Frauen gab nämlich an, gar keine, und 7,8 % ungenügende Hinweise auf Komplikationen erhalten zu haben. Nur die Hälfte der Frauen konnte sich an ausreichende Aufklärung erinnern. Letsch (23) spricht sogar von 46,5 %, die mangelnde Anweisungen beklagten. Sie unterteilte das Gesamtkollektiv nach der Anzahl der Vorsorgebesuche und fand, daß die häufigen Besucherinnen durch zahlreiche Arztkonsultationen weit häufiger (59 %) gewarnt waren, als die seltenen (14,8 %), obwohl auch von den Frauen, die mehr als 10mal zur Vorsorge gegangen waren, 40 % keine Hinweise erhalten hatten.

Bei den seltenen Besuchern steigt diese Zahl sogar auf 85,1 %, was das Risiko vervielfacht: Zu der geringen Anzahl an Untersuchungen aufgrund eigener Nachlässigkeit kommt mangelnde Selbstbeobachtung und ungenügende Aufmerksamkeit durch fehlende Hinweise auf kritische Situationen hinzu.

Noch weniger waren die werdenden Mütter auf Ernährung, Lebensweise, Stillen und Selbstbeobachtung von Komplikationsanzeichen hingewiesen worden. Hier gaben nur 36,2 % an, eine vollständige Aufklärung erhalten zu haben, während 42,8 % nichts darüber gehört hatten.

Wenn sich auch viele Frauen von seiten der Ärzte in puncto Aufklärung im Stich gelassen fühlten, so bestand doch beim größten Teil die Möglichkeit, selbst Fragen zu stellen, welche dann auch freundlich und korrekt beantwortet wurden. Hiervon machten 84,8 % Gebrauch. 8,6 % meinten allerdings, eine ungenügende Antwort bekommen zu haben.

Auf die Frage: "Was hat Ihnen mißfallen?" gaben 60,6 % an, die Vorsorge als optimal empfunden zu haben. 15,6 % der Frauen bemängelten die lange Wartezeit, 7,8 % die unpersönliche Behandlung, 7 % die geringe Aufklärung von seiten des Arztes und 6,4 % eine oberflächliche Untersuchung. Die anderen Punkte wie "unfreundliche Atmosphäre", "konnte keine Fragen stellen", "häufiger Arztwechsel", "Arzt ging nicht gründlich genug auf körperliche Beschwerden der Patientin ein", wurden von einer derart geringen Anzahl von Frauen (insgesamt 6 Frauen) genannt, daß sie vernachlässigt werden können.

Bei Letsch (23) äußerten sich annähernd gleich viele Frauen (64 %) positiv über die Vorsorge. Die Kritik verteilte sich allerdings etwas anders auf die einzelnen Punkte: So hat z. B. bei der eigenen Erhebung die Bedeutung der langen Wartezeit erheblich zugenommen (hier 15,6 % gegenüber 7,7 %).

Fragt man die Frauen selbst nach Verbesserungsvorschlägen, so nennen nur 7,2 % eine Verkürzung der Wartezeit und eine persönlichere Behandlung. Der größte Teil (40 %) meint, durch umfangreichere und eindringlichere Information durch die Massenmedien oder Krankenkassen mehr Frauen aktivieren zu können. Davon 3,2 % wollen speziell die Ausländer besser informiert wissen und dadurch die Nutzung verbessern. An zweiter Stelle folgt mit 24,6 % der Anteil der Frauen, die glauben, durch finanzielle Belohnung, wie es z. B. in Frankreich (18) der Fall ist, zum Vorsorgebesuch zu motivieren. 17,6 % halten alle Möglichkeiten für aussichtslos, weil es ihrer Meinung nach an jeder Frau selbst liege.

Aus diesen Ergebnissen geht der überwiegende Wunsch nach umfangreicherer und gezielterer Information hervor. Einige Frauen, die hier allerdings nicht statistisch erfaßt sind, machten den Vorschlag, nach Art der Werbespots im Fernsehen für die Vorsorge zu werben. Interessant ist auch, daß die Frauen, die die Information schon für ausreichend halten und deshalb meinen, nur durch leichten Zwang etwas erreichen zu können, die zweitgrößte Gruppe darstellen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Qualität der Vorsorge in den letzten 10 Jahren entscheidend verbessert werden konnte. Dennoch bleiben viele bedeutende Kritikpunkte bestehen. Die erforderlichen Veränderungen sind zu- meist mit nur geringem Mehraufwand, wie bessere Zusammenarbeit mit der Klinikambulanz, günstigere Terminangebote, mehr Aufklärung über Komplikationen, mehr Information für Ausländer durch Broschüren in den häufigsten Landessprachen etc., verbunden.

3. BESTEHT EINE BEZIEHUNG ZWISCHEN VORSORGE-
NUTZUNG UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT?

Eine der wesentlichsten Aufgabe der Vorsorge besteht darin, die Säuglingssterblichkeit auf ein Minimum zu senken. Letztere wird zu etwa 70 % von der perinatalen Mortalität bedingt. Das heißt, daß eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit im wesentlichen nur über eine Senkung der perinatalen Mortalität zu erreichen ist (15).

Zahlreiche Untersuchungen beweisen, daß eine optimal durchgeführte Schwangerebetreuung diese Erfolge ebenso wie eine Senkung der Morbidität leisten kann (11, 12, 15, 22, 30, 32, 33). Deshalb kann man die perinatale Mortalität und Morbidität als Gradmesser für den Erfolg der Vorsorge heranziehen.

Die perinatale Sterblichkeit umfaßt prä- und postpartale Todesfälle von der 28. Schwangerschaftswoche bis zum 7. Lebenstag, schließt also Totgeburten ein (entnommen Schmidt (30), der die Internat. Konf. zur 8. Revision des ICD Genf 1965 zitiert).

Verfolgt man die beiden Größen über die letzten Jahre hinweg, so ist eine gelegentlich unterbrochene, insgesamt aber dennoch kontinuierliche Rückläufigkeit zu erkennen:

Verstarben in Düsseldorf 1965 noch 27,3 % der geborenen Kinder perinatal, konnte ihr Anteil 1973 auf 20 % gesenkt werden (30).

In dem hier untersuchten Kollektiv findet sich eine perinatale Sterblichkeit von 8 %, d. h., 4 Kinder sind entweder schon tot geboren oder bis zum 7. Tag nach der Geburt verstorben. Zu berücksichtigen ist, daß die hier untersuchte Gruppe nicht repräsentativ ist und die Ergebnisse deshalb nicht verallgemeinert werden dürfen.

Zwei von diesen vier Kindern gehörten zu den Frühgeborenen.

Damit macht diese Gruppe 50 % der perinatal Verstorbenen aus.

Dieses Ergebnis entspricht in etwa anderen (5, 30).

Insgesamt beträgt der Anteil der Frühgeborenen in dieser Untersuchung 8,8 %. Das bedeutet eine leichte Überhöhung, da er in der Bundesrepublik nur etwa 6 % beträgt (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1975).

In der DDR lag er 1973 ebenfalls noch zwischen 5 und 8 % (26), während er in Schweden 1965 schon auf 4 bis 5 % gesenkt war (28).

Das besondere Risiko der Frühgeborenen wird immer betont (5, 6, 11, 15, 17, 30, 33), weil die perinatale Mortalität und Morbidität bei ihnen besonders hoch sind (12, 15, 25, 28).

Ursprünglich war beabsichtigt, im Rahmen dieser Arbeit die Reifgeborenen den Frühgeborenen gegenüberzustellen, um sie in Bezug auf ihre Mortalität und Morbidität zu vergleichen. Da aber die letzte Gruppe im Vergleich zur ersten bei weitem zu klein ist, haben sich häufig keine signifikanten Unterschiede ergeben.

Aussagen, die nur auf das Kollektiv bezogen sind, sind allerdings zulässig und sollen auf dieser Grundlage dennoch besprochen werden.

Abb. 33: Aufschlüsselung der 500 Kinder des Kollektivs

500 Kinder

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. 448 Reifgeborene | a. 384 ohne Komplikationen |
| | b. 26 Beobachtungsfälle |
| | c. 10 mit Apathie-Syndromen |
| | d. 8 mit Mißbildungen |
| | e. 2 mit rh-Inkompatibilität |
| | f. 18 sonstige Erkrankungen |

- | | | | |
|----|--|----|-------------------------|
| 2. | 45 Frühgeborene
und small for
date | a. | 5 Mehrlinge |
| | | b. | 5 mit Asphyxie |
| | | c. | 3 Beobachtungsfälle |
| | | d. | 1 mit rh-Imkompabilität |
| | | e. | 1 mit Mißbildung |
| | | f. | 21 ohne Komplikationen |
| | | g. | 9 sonstige Erkrankungen |
| 3. | 7 übertragene
Kinder | a. | 3 ohne Komplikationen |
| | | b. | 3 Beobachtungsfälle |
| | | c. | 1 mit Hyperexitabilität |

Insgesamt wurden von den 500 Kindern 448 reif geboren, 45 gehörten zu den Frühgeborenen bzw. small for date Kindern und 7 wurden übertragen.

Da die Frühgeborenen die größte Gruppe der Risikokinder in diesem Kollektiv darstellen und auch die perinatale Mortalität und Morbidität am entscheidensten beeinflussen (s.o. S. 41f), sollen sie hier ausführlicher besprochen werden. Fragt man nach den Ursachen der Frühgeburtslichkeit, so muß man feststellen, daß 50 % nicht eruierbar sind (10, 25).

Die erklärbaren Ursachen werden unterteilt in solche, die durch die Mutter, und solche, die durch das Kind bedingt sind (12 a):

1. Ursachen von seiten der Mutter

- a. Schwere Allgemeinerkrankungen (Herzfehler, Nierenerkrankungen, Gestosen)
- b. Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose, Listeriose, Toxoplasmose)
- c. Anomalien der Geburtswege und des Halteapparates (Placenta praevia, Uterus myomatosus)
- d. Körperliche Überbelastung oder seelische Erschütterungen

2. Ursachen von seiten des Kindes

- a. Mehrlingsgeburten
- b. Mißbildung des Fetus
- c. Infektionskrankheiten des Fetus (z. B. Lues, Toxoplasmose)

Neben diesen bekannten Ursachen gibt es noch eine Reihe von Risikofaktoren, die zu Frühgeburten disponieren (31). Hierzu zählen

1. biologische Daten der Mutter wie

- a. Alter
- b. Parität

2. soziale Daten der Mutter wie

- a. Zivilstand
- b. Nationalität
- c. Berufsausbildung
- d. Berufliche Stellung

Von den hier aufgeführten Ursachen sind sicherlich viele durch die Vorsorge aufzudecken und damit als Risikofaktor auszuschalten (Infektionskrankheiten, Gestosen, Nierenkrankheiten).

Im Folgenden sollen einige dieser Faktoren auf ihre Bedeutung bezüglich der Frühgeburtslichkeit hin überprüft werden.

Abb. 34: Parität und Frühgeburtslichkeit

		Frühgeborene	Reifgeborene
1 - 2 parae	%	8,1	89,9
	abs.	34	365
3 - 9 parae	%	10,0	87,7
	abs.	10	79

Hier ist ein größerer Anteil von Frühgeburten unter den Multiparae zu erkennen. Wahrscheinlich kommt die Erhöhung durch die Vielgebärenden, also 8. bis 9. Parae usw. zustande (14, 31).

Abb. 35: Zivilstand und Frühgeburtslichkeit

Zivilstand		Frühgeborene	Reifgeborene
verheiratet	%	8,4	89,6
	abs.	39	407
ledig, getrennt	%	7,8	92,1
	abs.	3	35
verwitwet, geschieden	%	25,0	75,0
	abs.	2	6

p = 0,27175

Erstaunlicherweise haben in diesem Kollektiv die ledig oder getrennt lebenden Frauen weniger Frühgeborene (7,8 %) als die verheirateten (8,4 %). Im Gegensatz dazu liegt die Rate der Frühgeborenen bei den verwitweten oder geschiedenen Frauen mit 2 Frühgeborenen von 8 Kindern sehr hoch.

Eine Erklärung mag sicherlich darin zu finden sein, daß ein großer Teil der Kinder von verwitweten und geschiedenen Frauen wie die Kinder der ledigen oder getrennt lebenden Frauen unehelich sind. Bei anderen Untersuchungen wurden denn auch starke Häufungen der Frühgeborenen bei alleinstehenden Müttern gefunden (10, 20, 31). Sicherlich sind z. T. die erschwerten Bedingungen, unter denen die unverheirateten Mütter ihre Kinder zur Welt bringen, dafür verantwortlich zu machen. Allerdings muß man auch die innere Einstellung der werdenden Mutter zu ihrer Schwanger-

schaft berücksichtigen. Schmidt (30) stellte bei einem untersuchten Kollektiv fest, daß 63 % der später verstorbenen Kinder von ledigen Müttern nicht erwünscht waren.

Abb. 36: Nationalität und Frühgeburtlichkeit

		Frühgeborene	Reifgeborene
Deutsche	%	8,8	90,9
	abs.	36	366
Gastarbeiter	%	7,2	92,6
	abs.	6	76

Der Anteil der Ausländer und Deutschen ist in beiden Gruppen annähernd gleich groß. Dies hängt wohl damit zusammen, daß nicht ein repräsentativer Ausschnitt aller Ausländerinnen erfaßt ist, sondern im wesentlichen nur diejenigen mit ausreichenden Sprachkenntnissen, die wiederum auch vermehrt die Vorsorge besuchen und bei denen als Folge eine geringere Frühgeburtlichkeit zu finden ist, was noch dargestellt werden wird. Es läßt sich daher vermuten, daß der tatsächliche Anteil der Frühgeburten bei Ausländern höher liegt.

Abb. 37: Schulbildung und Frühgeburtlichkeit

		Frühgeborene	Reifgeborene
keine oder Volksschulbildung	%	8,4	91,5
	abs.	28	305
weiterführende Schulbildung	%	9,6	90,2
	abs.	16	149

Bei der Frage nach der Schulbildung lassen sich zwischen den beiden Gruppen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Abb. 38: Berufsausbildung und Frühgeburtslichkeit

		Frühgeborene	Reifgeborene
keine Berufsausbildung	%	10,5	87,8
	abs.	13	108
Lehre	%	8,1	89,7
	abs.	23	254
Fachschule, Hochschule	%	7,6	92,3
	abs.	4	48

p = 0,40174

Aus der Gruppe der hier untersuchten Mütter brachten diejenigen ohne Berufsausbildung häufiger Frühgeborene zur Welt als diejenigen, die eine abgeschlossene Lehre hatten. Noch geringer ist die Anzahl der Frühgeborenen bei den Müttern mit Fach- oder Hochschulabschluß.

Abb. 39: Berufliche Stellung und Frühgeburtslichkeit

		Frühgeborene	Reifgeborene
berufstätig	%	8,2	89,5
	abs.	24	257
nicht berufstätig	%	9,5	89,3
	abs.	20	184

Zwischen der beruflichen Stellung und der Frühgeburtlichkeit ergaben sich keine Signifikanzen.

In dem untersuchten Kollektiv haben die Berufstätigen eine geringere Rate an Frühgeborenen als die Nicht-Berufstätigen.

Der häufigere Besuch der Berufstätigen bei der Vorsorge (s. S. 18) mag hierfür eine Erklärung sein; denn wie noch gezeigt wird, besteht ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen Anzahl der Vorsorgebesuche und Frühgeburtlichkeit (s. S. 49).

Faßt man die Ergebnisse kurz zusammen, so kann man sagen, daß in dem hier untersuchten Kollektiv die biologischen und sozialen Faktoren nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Es sei aber nochmals davor gewarnt, voreilige Schlüsse dergestalt zu ziehen, daß man einen generellen Einfluß der untersuchten sozialen Faktoren allgemeingültig verneint. Daß vorliegend häufig keine Signifikanzen gefunden wurden, ist möglicherweise allein auf die geringe Anzahl zurückzuführen.

In der Literatur wird denn auch häufig der Einfluß der sozialen Faktoren betont (10, 12 a).

Entscheidender allerdings als die soeben geprüften Faktoren scheint der Besuch bzw. das Fehlen der Vorsorge zu sein:

Abb. 40: Erstbesuche der Vorsorge und Frühgeburtlichkeit

Erstbesuch im		Frühgeborene	Reifgeborene
2.-3. Monat	%	8,2	91,6
	abs.	35	385
4.-9. Monat	%	12,0	87,9
	abs.	9	66

p = 0,30404

Die Mütter, die die Vorsorge erst im 4. - 9. Monat zum erstenmal aufsuchen, haben in diesem Kollektiv häufiger frühgeborene Kinder als diejenigen, die schon im 2. oder 3. Monat den Arzt konsultieren. Auf die Bedeutung des frühzeitigen Besuchs wurde schon hingewiesen (s. S. 20).

Entsprechend nutzten die Mütter Frühgeborener die Vorsorge auffallend weniger, wie aus der nächsten Abbildung hervorgeht.

Abb. 41: Häufigkeit des Besuchs der Vorsorge und Frühgeburtlichkeit

Anzahl der Besuche		Frühgeborene	Reifgeborene
0 - 3	%	15,1	84,7
	abs.	7	39
4 - 7	%	13,5	86,1
	abs.	23	144
8 - 10	%	3,5	96,4
	abs.	7	190

$p = 0,00095$

Hier zeigt sich der Erfolg der Frauen, die regelmäßig (8 - 10 Besuche) an den Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen: Von ihren Kindern gehören nur 3,5 % zu den Frühgeborenen. Bei den Frauen, die gar keinen oder maximal 3 Besuche aufweisen konnten, liegt diese Rate prozentual 4mal so hoch (15,1 %); bei den unregelmäßigen Besuchern (4 - 7 Besuche) beträgt sie 13,5 %.

Zu berücksichtigen ist bei diesem Ergebnis allerdings noch, daß die Mütter Frühgeborener notwendigerweise, da ihre Kinder vor dem Termin geboren werden, die Vorsorge

nicht bis zum Ende ausnützen können. Auch unter Berücksichtigung dieser Perspektive bleibt dennoch die enge Beziehung zwischen geringer Anzahl an Vorsorgebesuchen und hoher Frühgeborenenrate.

Dieses Ergebnis betont die Rolle der Vorsorge zur Verhütung der Frühgeburtlichkeit.

Auch Krone (22) wies 1969 schon nach, daß durch die ausreichende Nutzung der Vorsorge die Frühgeborenenrate entscheidend gesenkt werden konnte. So brachten nach seinen Untersuchungen von den unbetreuten Frauen 8,3 % Frühgeborene zur Welt, während diese Rate bei den ausreichend betreuten nur 6 % betrug.

Mit einer verminderten Anzahl an Frühgeborenen sinkt ebenfalls die perinatale Mortalität.

So fand Krone denn auch (22), daß bei den ausreichend betreuten Frauen nur 2,2 % der Kinder perinatal verstarben; bei den ungenügend betreuten stieg die Rate schon auf 2,6% und erreichte bei den gänzlich unbetreuten Frauen ein Maximum von 3,5 %. Freilich ist letzteres Ergebnis nicht allein durch Frühgeburtlichkeit bedingt, sondern Ergebnis einer insgesamt fehlenden Vorsorge.

4. ZUSAMMENFASSUNG

Die Ergebnisse der Erhebung lassen sich (untergliedert nach den in der Einleitung aufgeworfenen Fragen) wie folgt zusammenfassen:

1. Es bestehen deutliche Unterschiede bezüglich der Wahl der Informationsquellen durch den Einfluß von Schulbildung, Parität und insbesondere Nationalität.

2. Die Information über die Vorsorge ist bereits weit verbreitet. Nur 0,6 % (3 von 500 Frauen) wußten noch nichts darüber.

3. Die Vorsorge, einschließlich der Vorbereitungskurse wird in stiegenderem Maße genutzt. Dieses Ergebnis darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß es bestimmte Risikogruppen gibt, die die Vorsorge immer noch unzureichend in Anspruch nehmen.

Diese Risikogruppen sind:

- a) sehr junge Mütter (16 - 22 J.)
- b) ältere Mütter (32 - 43 J.)
- c) Multiparae
- d) alleinstehende Mütter
- e) Mütter ohne weiterführende Schulbildung
- f) Mütter, die mit Arbeitern oder Facharbeitern verheiratet sind
- g) Nicht-Berufstätige, unter ihnen besonders Ausländerinnen

4. Aus den Angaben der Frauen geht hervor, daß die Qualität der Vorsorge im Vergleich zu früheren Jahren entscheidend verbessert werden konnte. Dennoch bleiben bedeutende Kritikpunkte, die zum größten Teil schon durch geringen Mehraufwand beseitigt werden könnten.

5. Ausgehend von der gesicherten Annahme, daß die Säuglingssterblichkeit auch über eine Senkung der perinatalen Mortalität und damit über eine Senkung der Frühgeburtenrate zu ermöglichen ist, wurden die Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt erhöhen, geprüft.

Es fand sich in dieser Untersuchung nur eine kaum erkennbare und oft nicht signifikante Abhängigkeit von sozialen Faktoren, deren Bedeutung andere Autoren dagegen betonen. Umso deutlicher wurde der Einfluß des Besuchs der Vorsorge. Hier zeigte sich eine eindeutige Signifikanz: Je häufiger die Frauen die Vorsorge besuchten, umso geringer war die Frühgeborenenrate. Diese Tatsache zeigt deutlich die Notwendigkeit einer umfangreichen und qualitativ guten Vorsorge - einer Vorsorge, die den Schlüssel zur Senkung der Säuglingssterblichkeit darstellt.

LITERATURVERZEICHNIS

- (1) Arnold, H.
die Malaise der Schwangerenfürsorge, Öffentliches Gesundheitswesen 31, September 1969, S. 436 - 441
- (2) Beske, F.
Umfang und Soziologie der Schwangerenberatung in einer norddeutschen Großstadt (Kiel), Gesundheitsdienst 19, Juli 1957, Heft 4, S. 137 - 146
- (3) Bieler, A.
Zur Problematik der jugendlichen Schwangeren, Zentralblatt für Gynäkologie 85, Heft 11, 1963, S. 367 - 371
- (4) Biermann, J.
Präventive Maßnahmen bei frühkindlichen Hirnschäden, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 49, 1973, S. 522 f.
- (5) Dhom, G.
Sektionsstatistische Untersuchungen zur Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit, Der öffentliche Gesundheitsdienst 19, Heft 12, März 1958, S. 525
- (6) Dorendorf,
Die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Öffentlicher Gesundheitsdienst 19, Januar 1958, S. 460
- (7) Endle, J. und Tatra, G.
Die Gastarbeiterin als Patientin einer gynäkologischen Klinik, Wiener klinische Wochenschrift 86, Heft 4, Februar 1974, S. 100 - 102
- (8) Endle, J. und Tatra, G.
Geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen, Wiener klinische Wochenschrift 86, Heft 4, Februar 1974, S. 102 - 105
- (9) Flatters, H.
Die Betreuung der Schwangeren in einer Großstadt im Jahre 1959, Ärztliche Mitteilungen 45, 14. Mai 1960, S. 1010 - 1017
- (10) Gleiss, J.
Biologische und soziale Faktoren bei der Genese der Frühgeburt, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1955

- (11) Gratten-Smith, M.
Retrospective Study on the Relationship of Antenatal Care and Perinatal Deaths in New South Wales, The Med. J. of Australia 60, September 1973, S. 451 - 456
- (12) Grausz, J.
The Changing Scene in Prenatal Care, Obstetrics and Gynecology 43, Jan. 1974, S. 148 f.
- (12a) Harnack, G.-A.
Kinderheilkunde, 3. Aufl., Springer Verlag 1974
- (13) Heintze, R.
Der Umfang der Schwangerenbetreuung und ihre Bedeutung für mütterliche und kindliche Komplikationen, Diss. München 1959
- (14) Hüter, K. A.
Schwangerenvorsorge (prenatal care), Der Gynäkologe, Bd. 3, Heft 2, 1970, S. 60 - 69
- (15) Hüter, K. A.
Gegenwärtige Situation der Schwangerenvorsorge und Vorschläge zur Verbesserung, Fortschritte der perinatalen Medizin, 2. deutscher Kongress für perinatale Medizin, Berlin Juni 1969, Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- (16) Huntingford, P. J.
Der sich entwickelnde Plan der Schwangerenbetreuung in Großbritannien, Fortschritte der perinatalen Medizin, 2. deutscher Kongress für perinatale Medizin, Berlin Juni 1969, Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- (17) Jaisle, F.
Schwangerenvorsorge - Schwangerenberatung, Medizinische Klinik 68, 1973, S. 906 - 914
- (18) Jansen, Th.
Schwangeren- und Säuglingsfürsorge in Frankreich, Das öffentliche Gesundheitswesen 31, Mai 1969, Heft 5, S. 240 - 250
- (19) Janssens, J.
Die gegenwärtige Situation der geburtshilflichen Betreuung in den Niederlanden und Vorschläge zur Verbesserung, Fortschritte der perinatalen Medizin, 2. deutscher Kongress für perinatale Medizin, Berlin Juni 1969, Thieme Verlag, Stuttgart 1971

- (20) Kemmann, E.
Die perinatale Mortalität der Kinder an der
Frauenklinik Düsseldorf in den Jahren 1955
bis 1964, Diss. Düsseldorf 1967
- (21) Krone, H. A.
Untersuchungen über Art und Umfang ärztlicher
Schwangerenbetreuung, Münch. Med. Wochen-
schrift 49, 8. Dez. 1967, S. 2588 - 2594
- (22) Krone, H. A.
Gegenwärtige Situation der Schwangerenvorsorge
und Vorschläge zur Verbesserung, Münch. Med.
Wochenschrift 111, Heft 46, Nov. 1969, S. 2381 - 2387
- (23) Letsch, A.
Statistische Erhebungen über die Schwangeren-
vorsorge in Düsseldorf 1974, Diss. Düssel-
dorf 1967
- (24) Melchior, J.
Der augenblickliche Stand der geburtshilflichen
Überwachungen in Frankreich. Fortschritte der
perinatalen Medizin, 2. deutscher Kongress für
perinatale Medizin, Berlin Juni 1969, Thieme
Verlag, Stuttgart 1971
- (25) Mey, R.
Erfahrungen bei Mutterschaftsuntersuchungen,
Öffentliches Gesundheitswesen 36, Juni 1974,
S. 114 - 117
- (26) Möbius, W.
Bedeutung und Ergebnisse der Schwangerenbe-
treuung, Münch. Med. Wochenschrift 115, Sept. 1973 ,
S. 1541 - 1546
- (27) Riess, P. J.
Statistische Erhebungen über Art und Umfang der
Schwangerenvorsorge in Düsseldorf und deren
Einfluß auf das Schicksal von Mutter und Kind,
Diss. Düsseldorf 1964
- (28) Rooth, G.
Die Situation in Schweden, Fortschritte der
perinatalen Medizin, 2. deutscher Kongress für
perinatale Medizin, Berlin Juni 1969, Thieme
Verlag, Stuttgart 1971
- (29) Rosenwaike, I.
Sources of Prenatal Care of Mothers Having
Birth in Maryland, Am. J. of Public Health 62,
Feb. 1972, S. 186 - 190

- (30) Schmidt, E.
Säuglingssterblichkeit 1973, Prospektive Einzelfallanalyse in Düsseldorf, U. & S.,
Manuskript 1974
- (21) Schmidt, E.
Frühgeburtlichkeit - Daten aus der mütterlichen Umwelt, Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie am 8.9. 1975 in München
- (32) Schonfield, J.
Variations in prenatal care and well-child supervision in a New England city, Journal of Pediatrics, Vol. 61, Sept. 1962, S. 430 - 437
- (33) Sundberg, A. M.
Influencing Prenatal Behavior, Am. J. of Public Health 56, Aug. 1966, S. 1218 - 1224

Lebenslauf

Am 10. Dezember 1951 wurde ich als drittes von vier Kindern des Bundesbahnamtmannes Johannes Berendes und seiner Ehefrau Marilies, geb. Ewers, in Paderborn geboren.

Nach vier Jahren Volksschule besuchte ich die staatliche Pelicaeus-Schule in Paderborn, wo ich am 15. Juni 1970 die Reifeprüfung ablegte.

Nach kurzem Studium der Pädagogik, Psychologie sowie Biologie und nach bestandener naturwissenschaftlicher Vorprüfung in Hamburg studierte ich ab dem WS 1972/73 in Düsseldorf Humanmedizin, wo ich auch die ärztliche Vorprüfung sowie - nunmehr entsprechend der neuen Approbationsordnung - den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung bestand.

Den zweiten Abschnitt, das Praktische Jahr, den dritten Abschnitt und damit die ärztliche Prüfung habe ich wiederum in Hamburg abgelegt und dort am 11. Mai 1978 die Approbation erhalten.

Am 26. Mai 1978 habe ich den Juristen Michael Scharf geheiratet.

Seit dem 1. Juli 1978 bin ich als Assistenzärztin in der Inneren Medizin im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek in Hamburg tätig.

